



Brochure de votre régime d'assurance *collective*

Programme des élèves internationaux – Nouveau Brunswick

Tous les adhérents

Numéro du Groupe : 11025-100

Date d'effet de la mise à jour : 20 mai 2020

Année contractuelle : 15 août au 14 août de l'année suivante



TABLE DES MATIÈRES

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	1
SITE DES ADHÉRENTS	3
VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF	4
COORDONNÉES DES BUREAUX CROIX BLEUE MEDAVIE.....	7
COORDONNÉES DES BUREAUX CROIX BLEUE.....	8
GARANTIE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT	14
GARANTIE MÉDICAMENTS – AU CANADA SEULEMENT	16
GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT.....	17
L'ASSISTANCE D'URGENCE (INCLUANT PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER).....	19
GARANTIE SOINS DENTAIRES – AU CANADA SEULEMENT	24
EXCLUSIONS ET LIMITES GÉNÉRALES	26
enÉQUILIBRE ^{MD} PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS ET LEUR FAMILLE	29

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans la perspective d'offrir à sa clientèle une protection-santé, une protection vie et une protection-voyage de qualité, la Compagnie recueille et conserve des renseignements personnels au sujet de ses clients et de leurs personnes à charge. Le présent document a pour but de vous tenir au courant des pratiques en matière de protection des renseignements personnels de la Compagnie.

La protection des renseignements personnels n'est pas un nouveau concept pour la Compagnie. Assurer la confidentialité de l'information reçue de la part de notre clientèle a toujours été au cœur de nos opérations, et notre personnel connaît bien la politique et les procédures que nous avons mises en place pour nous assurer que la protection de ces renseignements soit prise au sérieux en toutes circonstances.

Que sont les renseignements personnels?

Les renseignements personnels renferment des détails au sujet d'une personne identifiable. Ils peuvent comprendre le nom, l'âge, les numéros d'identification, le revenu, les données en matière d'emploi, l'état matrimonial, le statut des personnes à charge, les dossiers médicaux, ainsi que les renseignements financiers.

Quelle utilisation faisons-nous de vos renseignements personnels?

Vos renseignements personnels permettent à la Compagnie de traiter votre demande de protection en vertu des régimes de protection-santé, de protection vie et de protection-voyage. Voici à quoi servent vos renseignements personnels :

- à fournir les services précisés dans votre contrat ou du contrat collectif duquel vous êtes adhérent admissible;
- à comprendre vos besoins afin de pouvoir vous conseiller des produits et services adéquats; et
- à administrer nos affaires.

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?

Selon votre type de couverture, la divulgation de renseignements personnels particuliers aux personnes et entités suivantes peut s'avérer nécessaire pour être en mesure de vous offrir les services stipulés au contrat auquel vous adhérez :

- d'autres Croix Bleue du Canada, afin d'administrer votre régime de protection si vous vivez à l'extérieur des provinces de l'Atlantique, du Québec ou de l'Ontario;
- des fournisseurs de soins de santé spécialisés, s'il y a lieu, pour évaluer une demande d'admissibilité à un produit ou service;
- des organismes gouvernementaux et de réglementation, en situation d'urgence ou lorsque la loi l'exige; et d'autres tiers, de façon confidentielle, lorsqu'il y a nécessité d'administrer des garanties précisées à votre contrat individuel ou à votre contrat collectif; et
- le titulaire de certificat de n'importe quel contrat en vertu duquel vous êtes un participant.

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués? (suite)

Nous ne fournissons ni ne vendons de renseignements personnels à votre sujet à d'autres sociétés aux fins de marketing et de sollicitation. Vos renseignements personnels ou ceux de vos personnes à charge ne sont jamais divulgués à un tiers sans votre permission, sauf si la Compagnie juge qu'il est nécessaire de le faire pour vous offrir les services auxquels elle s'est engagée conformément au contrat.

Pour vous assurer de recevoir le meilleur service possible de la part de la Compagnie, il est important que les renseignements personnels que nous utilisons soient exacts et à jour. Vous pouvez nous aider en nous tenant au courant de vos changements d'adresse ou d'état matrimonial ainsi que de l'ajout ou du retrait de personnes à charge. Si vous trouvez des erreurs dans les renseignements que nous détenons sur vous, veuillez en informer le personnel de notre Service à la clientèle afin que nous puissions les corriger.

En devenant client de la Compagnie ou en remplissant une demande de règlement, vous consentez à ce que nous utilisions vos renseignements personnels et que nous les divulguions de la manière susmentionnée. Si vous préférez que nous n'utilisions ni ne divulguions vos renseignements personnels dans les cas où ils ne sont pas nécessaires à l'administration de votre régime, veuillez consulter notre site Web ou nous écrire à l'adresse indiquée ci-dessous.

Veuillez noter que le fait de ne pas permettre à la Compagnie d'utiliser des renseignements à votre sujet pourrait signifier que nous ne serions pas en mesure de vous accorder des produits ou services qui pourraient vous être utiles.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie, veuillez communiquer avec nous, soit en nous appelant ou en nous écrivant, d'après les coordonnées suivantes :

www.medavie.croixbleue.ca

Provinces du Canada atlantique: 1-800-667-4511

Ontario: 1-800-355-9133

Québec: 1-888-588-1212

National: 1-888-873-9200

Agent de protection de la vie privée

Croix Bleue Medavie

Groupe de gestion des risques

644, rue Main

C. P. 220

Moncton (N.-B.) E1C 8L3

ou

privacyofficer@medavie.bluecross.ca

Si la résolution du problème ne vous satisfait pas entièrement, vous pouvez déposer une plainte par écrit à l'adresse suivante :

Commissariat à la protection

de la vie privée du Canada

112, rue Kent

Ottawa (Ontario) K1A 1H3

SITE DES ADHÉRENTS

DIRECTIVES AUX ADHÉRENTS

Croix Bleue Medavie cherche continuellement à mettre au point sa technologie du Web pour mieux répondre aux besoins de ses clients. Une telle innovation, le site des adhérents, vous aidera à mieux comprendre, gérer et coordonner votre régime d'assurance.

Le site des adhérents est convivial et offre un environnement sécuritaire. Dorénavant, d'un simple clic, vous pouvez obtenir des renseignements généraux au sujet de votre régime, visualiser vos demandes de règlement et l'historique des remboursements, ou imprimer des formulaires de demande de règlement. Le site des adhérents est accessible 24 heures par jour, sept jours par semaine, à partir de la maison ou du travail; vous n'avez besoin que d'une connexion Internet. Le site des adhérents vous simplifie réellement la vie.

SITE DES ADHÉRENTS

Le site des adhérents vous offre différentes options.

Demandes au sujet de la couverture : Des renseignements détaillés sur le régime de Croix Bleue Medavie de l'adhérent

Formulaires : Les versions imprimables des formulaires de demande de règlement de Croix Bleue Medavie

Information sur les adhérents

Les adhérents peuvent :

- visualiser ou mettre à jour leur adresse (lorsque l'accès est disponible)
- demander de nouvelles cartes d'identification
- ajouter ou mettre à jour l'information bancaire pour le dépôt direct des remboursements des demandes de règlement (s'il y a lieu)

Relevés des adhérents

Les adhérents peuvent :

- visualiser l'historique de leurs demandes de règlement et celui de leurs personnes à charge
- visualiser des relevés de paiement envoyés à l'adhérent ou au fournisseur de service
- visualiser le compte gestion santé (s'il y a lieu)

PREMIÈRE VISITE DU SITE DES ADHÉRENTS

Pour vous inscrire sur le site des adhérents, ouvrez une session sur le site Internet de Croix Bleue au **www.medavie.croixbleue.ca**.

Veuillez-vous assurer de prendre en note votre code d'utilisateur et votre mot de passe pour consultation future.

REMARQUE

Pour des raisons de sécurité, l'accès au site des adhérents est limité aux adhérents du régime seulement.

Nous sommes impatients de vous aider à profiter de notre technologie en ligne. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le site des adhérents ou pour toute question au sujet de votre régime d'assurance de Croix Bleue Medavie, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle en composant le numéro sans frais indiqué au verso de votre carte d'identification ou en envoyant un courriel à *information@medavie.croixbleue.ca*.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Votre employeur est heureux de mettre à votre disposition un programme de protection collective qui vous offre, à vous et à votre famille, une sécurité médicale et financière. Ce programme vous est offert par l'entremise de Medavie Inc. et La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après appelées « Compagnie ».

Cette brochure présente les dispositions de l'entente conclue entre le Programme des élèves internationaux—Nouveau-Brunswick et la Compagnie. Vous y trouverez également le sommaire de vos garanties et des renseignements utiles qui vous permettront de profiter au maximum de votre couverture.

Cette brochure et votre certificat contiennent des renseignements importants. Assurez-vous de les conserver dans un endroit sûr.

Pour tout renseignement supplémentaire sur votre couverture, vous pouvez visiter le site web du Programme des élèves internationaux – Nouveau-Brunswick au www.nbfispinsurance.ca



Profitez de nombreux rabais sur des soins médicaux et des soins de la vue ainsi que sur de nombreux autres produits et services. Visitez www.avantagebleu.ca.

Lorsque la loi l'exige, vous avez le droit de recevoir une copie détaillée de la partie du contrat d'assurance collective qui concerne votre protection, une copie de votre demande d'adhésion et de toute déclaration écrite ou tout rapport fournis à la Compagnie qui attestent de votre état de santé. Vous pouvez aussi demander, dans un délai raisonnable, une copie du contrat contenant les garanties assurées. La première copie vous sera fournie sans frais. Des frais peuvent s'appliquer pour des copies subséquentes. Toutes les demandes de copies de documents doivent être adressées à Croix Bleue Medavie.

Enfin, veuillez noter que dans cette brochure, le masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'en faciliter la lecture.

Admissibilité à la couverture collective

Pour être admissible à la couverture collective, vous devez être un élève international à temps plein, un accompagnateur d'élève ou un enseignant, vous devez également être un résident temporaire du Canada et être âgé de moins de 65 ans.

Pour adhérer à votre régime collectif, vous devez compléter les formulaires d'adhésion qui vous sont fournis dès que vous devenez admissible aux différentes couvertures.

Remplir une demande de règlement

Si c'est votre première demande de règlement, veuillez-vous assurer de compléter un formulaire de demande de dépôt direct afin que les paiements puissent être déposés dans votre compte bancaire. Sans vos informations bancaires, la Compagnie ne pourra pas rembourser vos frais.

Les paiements seront déposés dans le compte bancaire enregistré dans votre dossier, peu importe qui a payé pour les services rendus. Par exemple, si vos informations bancaires sont inscrites dans votre dossier, mais que c'est votre parent d'accueil qui a payé pour des services qui vous ont été rendus, tout paiement sera déposé dans votre compte bancaire. Si vos informations bancaires changent, ou si vous souhaitez que ce soient plutôt les informations bancaires de votre parent d'accueil qui soient inscrites dans votre dossier durant votre période de couverture, veuillez-vous assurer qu'un nouveau formulaire de demande de dépôt direct soit complété et soumis. Veuillez prendre note que seulement un compte bancaire peut être enregistré dans votre dossier pendant votre période de couverture.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Remplir une demande de règlement (suite)

Selon le type de demande de règlement (voir ci-dessous), vous pouvez soumettre votre formulaire de demande de règlement dûment complété, ainsi que votre formulaire de demande de dépôt direct, et attendre votre remboursement. En adhérant au système de soumission électronique de la Compagnie (voir ci-dessous), certains fournisseurs peuvent soumettre instantanément les demandes de règlement au moment de l'achat.

Peu importe la façon dont vous décidez de soumettre votre demande de règlement, n'oubliez pas vos preuves écrites!

- Les demandes de règlement peuvent être envoyées par courrier à l'adresse indiquée sur le formulaire.
- Les demandes peuvent également être déposées à l'un des trois bureaux de Paiement Express au Nouveau-Brunswick.

Vous pouvez vous inscrire au dépôt direct aujourd'hui.

1. Rendez-vous sur le site **www.medavie.croixbleue.ca**
2. Sélectionnez «Connexion » (en haut à droite)
3. Créez un compte ou connectez-vous
4. Cliquez sur l'onglet « Adhérent »
5. Cliquez sur l'onglet « Opérations bancaires
6. Sélectionnez « Modifier renseignements bancaires » et remplissez les champs.

Le formulaire de demande de dépôt direct est seulement requis lors de votre première demande de règlement ou si vos informations bancaires ont changé

Garantie Médicaments

Régime de paiement direct – vous n'avez qu'à présenter votre carte d'identification et le fournisseur s'occupe d'envoyer la facture directement à la Compagnie.

Garantie Santé complémentaire

Le traitement de la demande de règlement s'effectue électroniquement par l'intermédiaire des fournisseurs de soins de santé inscrits. Les fournisseurs approuvés par la Compagnie comprennent les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les massothérapeutes et les fournisseurs de soins de la vue. Vous devez présenter votre carte d'identification à votre fournisseur au moment de chaque visite. Deux modes de remboursement sont possibles selon le choix de votre fournisseur :

- a) vous ne payez que votre franchise (le cas échéant) et votre coassurance et l'excédent des frais est payé directement au fournisseur par la Compagnie ;
- b) vous payez la somme totale exigée par votre fournisseur et vous recevez dans les jours qui suivent la portion des frais remboursables par votre régime.

Si toutefois votre fournisseur ne peut utiliser le système électronique de transaction, vous devrez remplir le formulaire de demande de règlement, y joindre les reçus originaux et le soumettre à la Compagnie ou vous rendre à un de nos nombreux bureaux Quick Pay / Paiement express pour un remboursement rapide et facile (voir les coordonnées des bureaux).

La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à la Compagnie au plus tard 24 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés ou dans la période convenue par la Compagnie lorsque le contrat prend fin.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Remplir une demande de règlement (suite)

Garantie Voyage

Veillez appeler au numéro sans frais indiqué à l'endos de votre carte d'identification pour obtenir de l'aide en cas de maladie ou de blessure survenant au cours d'un voyage à l'extérieur de votre province de résidence.

La Compagnie fera tout son possible pour vous orienter vers le traitement médical approprié et pour vous aider à effectuer vos paiements aux fournisseurs de services. Veuillez indiquer votre numéro d'identification lorsque vous soumettez une demande de règlement à la Compagnie.

Les prestations relatives à des services rendus à l'extérieur du Canada sont versées par la Compagnie en devises canadiennes, au taux de change en vigueur à la date où le service a été rendu.

La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à la Compagnie au plus tard six mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Garantie Soins dentaires

Le traitement de la demande de règlement s'effectue électroniquement par l'intermédiaire du réseau CDAnet. Vous devez présenter votre carte d'identification à votre dentiste au moment de chaque visite. Deux modes de remboursement sont possibles selon le choix de votre dentiste :

- a) vous ne payez que votre franchise (le cas échéant) et l'excédent des frais qui ne sont pas couverts par votre coassurance. Le montant de votre coassurance est payé directement au dentiste par la Compagnie; ou
- b) vous payez la somme totale exigée par votre dentiste et vous recevez dans les jours qui suivent la portion des frais remboursables par votre régime.

Si toutefois votre dentiste ne peut utiliser le système électronique de transaction, vous devrez remplir le formulaire de demande de règlement, y joindre les reçus originaux et le soumettre à la Compagnie ou vous rendre à un de nos nombreux bureaux Quick Pay / Paiement express pour un remboursement rapide et facile (voir les coordonnées des bureaux). La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à la Compagnie au plus tard 24 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés ou dans la période convenue par la Compagnie lorsque le contrat prend fin.

Garanties Hospitalisation, Voyage, Médicaments, Santé complémentaire et Soins dentaires

Les demandes de règlement seront administrées par le régime de la Croix Bleue dans la province de résidence du souscripteur.

Garanties Décès et mutilation par accident

Une preuve de sinistre doit être soumise le plus tôt possible après la perte et en aucun cas plus d'un (1) an après la date de l'événement.

Limites de l'action en justice

Toute action ou procédure en justice contre un assureur (c.-à-d. Croix Bleue Medavie) pour le recouvrement de sommes assurées payables en vertu de la présente police sera refusée, à moins d'avoir débuté à l'intérieur de la période allouée par la Loi sur les assurances.

COORDONNÉES DES BUREAUX CROIX BLEUE MEDAVIE

Si vous avez une demande de règlement ou une urgence médicale...

veuillez composer le numéro d'urgence sans frais, fonctionnel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, figurant sur vos documents d'assurance.

Pour plus de détails, veuillez consulter la section Assistance d'urgence – Protection- voyage dans le monde entier de la présente brochure.

Dans nos bureaux Croix Bleue Medavie, situés aux endroits suivants, vous obtiendrez des réponses à vos questions au sujet de votre régime collectif, et vous pourrez également déposer vos demandes de règlement.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Fredericton 

1055, rue Prospect, bureau 2
Fredericton (N.-B.) E3B 3B9

Moncton 

Centre Croix Bleue
644, rue Main
C.P. 220
Moncton (N.-B.) E1C 8L3

Saint John 


47A, promenade Consumers
Saint John (N.-B.) E2J 4Z7

Service à la clientèle (numéro sans frais) : 1-800-667-4511

Heures d'ouverture

**Lundi à Vendredi 8 h à 5 h AST
Fermer les Samedi et Dimanche**

Courriel - information@medavie.croixbleue.ca

 Paiement express est un service unique de Croix Bleue Medavie qui permet d'obtenir immédiatement le remboursement de toute demande de règlement admissible. Pas besoin d'attendre de recevoir un chèque de remboursement ; vous n'avez qu'à vous rendre à l'un des centres Quick Pay® / Paiement express tout de suite après votre visite chez un professionnel de la santé.

COORDONNÉES DES BUREAUX CROIX BLEUE

Comment se procurer un formulaire de demande de règlement

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement relatifs aux **garanties soins de santé** de l'une des façons suivantes :

- sur le site des adhérents;
- à l'un de nos bureaux Paiement express®;
- auprès de votre administrateur de régime collectif; ou
- auprès de notre Service à la clientèle au numéro sans frais indiqué à la page précédente.

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement pour les garanties décès et mutilation par accident, auprès de votre administrateur de régime collectif.

Comment soumettre une demande de règlement

Croix Bleue offre plusieurs options pratiques pour soumettre rapidement et efficacement vos demandes de règlement pour les garanties soins de santé :

- Demandes de règlement électroniques au moyen de notre site des adhérents sécurisé;
- Application mobile (Visitez www.cbmedavie.ca/application pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.);
- Visitez l'un de nos bureaux Paiement express® ou poster votre formulaire de demande de règlement dûment rempli au bureau de Croix Bleue le plus proche. Pour localiser le bureau de Croix Bleue ou de Paiement express le plus proche de chez vous, veuillez visiter notre site Internet à www.cbmedavie.ca.

Vous pouvez soumettre vos demandes de règlement pour les **décès et mutilation par accident** à Croix Bleue :

- en les envoyant par la poste, par télécopieur ou par numérisation à l'adresse indiquée sur le formulaire de demande de règlement applicable;
- en déposant le formulaire à l'un de nos bureaux Paiement express; ou
- en les donnant à votre administrateur de régime collectif.

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT DE BASE DE L'ADHÉRENT

Montant assurable	Montant fixe
Accident à bord d'un transporteur public	Prestation maximale - 100 000 \$ par année contractuelle
Accident survenant en tout temps	Prestation maximale - 10 000 \$ par année contractuelle
Exonération des primes	Oui
Fin de la protection	La première des dates suivantes : <ul style="list-style-type: none">- la fin de l'année contractuelle,- la date à laquelle vous n'êtes plus inscrit et ne fréquentez plus d'établissement éducatif participant au programme, ou- la date à laquelle vous rentrez dans votre pays d'origine sans avoir l'intention de revenir avant la fin de l'année contractuelle.

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE MÉDICAMENTS

Au Canada Seulement

	<u>% de remboursement</u>	<u>Maximum</u>
Médicaments (exclut les médicaments spécialisés onéreux)	100 %	Illimité
Fournitures pour diabétiques (aiguilles, seringues, tampons, bâtonnets réactifs et lancettes)	100 %	Illimité

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Remboursement maximum global	5 000 000 \$ par année contractuelle, maximum combiné avec les Soins de santé complémentaires, l'Assistance d'urgence (incluant Protection-voyage dans le monde entier) et la Garantie Soins dentaires.
Type de paiement	Carte de paiement direct
Limitations	Une provision de 60 jours par médicament prescrit
Fin de la protection	La première des dates suivantes : <ul style="list-style-type: none">- la fin de l'année contractuelle,- la date à laquelle vous n'êtes plus inscrit et ne fréquentez plus d'établissement éducatif participant au programme, ou- la date à laquelle vous rentrez dans votre pays d'origine sans avoir l'intention de revenir avant la fin de l'année contractuelle.

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

Au Canada Seulement

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX

	<u>% de remboursement</u>	<u>Maximum</u>
Conseiller clinicien / Psychiatre/Psychologue ou Travailleur social	100 %	1 000 \$ par année contractuelle combinée*
Chiropraticien	100 %	1 000 \$ par année contractuelle*
Acupuncteur	100 %	600 \$ par année contractuelle*
Ostéopathe	100 %	1 000 \$ par année contractuelle*
Podologue / Podiatre	100 %	1 000 \$ par année contractuelle*
Physiothérapeute	100 %	1 000 \$ par année contractuelle*
Massothérapeute	100 %	1 000 \$ par année contractuelle*
Radiographies (chiropraticien, ostéopathe, podologue / podiatre)*	100 %	
Soins dentaires en raison d'un accident**	100 %	5 000 \$ par traitement
Soins médicaux virtuels	100 %	Illimité
Examen de la vue	100 %	Un examen de la vue tous les 12 mois consécutifs*
Lunettes/montures/verres de contact/prothèses auditives	100 %	250 \$ par année contractuelle combinée*

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Remboursement maximum global	5 000 000 \$ par année contractuelle, maximum combiné avec les Médicaments assurés, l'Assistance d'urgence (incluant Protection-voyage dans le monde entier) et la Garantie Soins dentaires.
Fin de la protection	La première des dates suivantes : <ul style="list-style-type: none">- la fin de l'année contractuelle,- la date à laquelle vous n'êtes plus inscrit et ne fréquentez plus d'établissement éducatif participant au programme, ou- la date à laquelle vous rentrez dans votre pays d'origine sans avoir l'intention de retourner avant la fin de l'année contractuelle.

*Maximum admissible par visite est usuel et raisonnable

Usuel et raisonnable : désigne les honoraires habituels facturés par des membres d'une même profession exerçant celle-ci dans la localité ou la région géographique où les frais sont engagés pour des services semblables, comme le détermine Croix Bleue Medavie ou selon le guide d'honoraires établi par Croix Bleue Medavie.

**Autorisation requise au préalable

SOMMAIRE DES GARANTIES

L'ASSISTANCE D'URGENCE (INCLUANT PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER)

	<u>% de remboursement</u>	<u>Maximum</u>
Transport en ambulance	100 %	
- Voie terrestre		10 000 \$ par incident
- Voie aérienne et évacuation d'urgence (combinées)		500 000 \$ par incident
- Taxi		100 \$ par incident
Frais de maternité	100 %	25 000 \$ par année contractuelle
Soins infirmiers*	100 %	10 000 \$ par année contractuelle
Occupation de l'hôpital	100 %	Voir le texte de la garantie
Occupation de l'hôpital due à des troubles psychologiques, mentaux ou émotionnels	100%	25 000 \$ à vie
Consultation en santé sexuelle	100 %	100 \$ par année contractuelle
Transport pour rendre visite à l'assuré	100 %	5 000 \$ pour un trajet aller-retour au tarif économique
Tuberculose – tests et vaccins	100 %	100 \$ par année contractuelle
Services de tutorat	100 %	20 \$ par heure jusqu'à 400 \$ par année contractuelle

GÉNÉRALITÉS

Remboursement maximum global	5 000 000 \$ par année contractuelle en combinaison avec les Garanties Médicaments, Soins de santé complémentaires et Soins dentaires.
Assistance voyage	Fournie par CanAssistance inc.
Limitation	30 jours du voyage par voyage
Fin de la protection	La première des dates suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - la fin de l'année contractuelle, - la date à laquelle vous n'êtes plus inscrit et ne fréquentez plus d'établissement éducatif participant au programme, ou - la date à laquelle vous rentrez dans votre pays d'origine sans avoir l'intention de revenir avant la fin de l'année contractuelle.

* Autorisation requise au préalable

SOMMAIRE DES GARANTIES

SOINS DENTAIRES Au Canada seulement

	<u>% de remboursement</u>	<u>Maximum</u>
Soins d'urgence	100 %	600 \$ par année contractuelle
Extraction des dents de sagesse	100 %	100 \$ par dent

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Remboursement maximum global	5 000 000 \$ par année contractuelle, maximum combiné avec les Médicaments assurés, les Soins de santé complémentaires et l'Assistance d'urgence (incluant Protection-voyage dans le monde entier).
Des frais de laboratoire	100 % des tarifs suggérés
Type de paiement	Remboursement
Année d'édition du guide des tarifs	Année courante
Fin de la protection	La première des dates suivantes : <ul style="list-style-type: none">- la fin de l'année contractuelle,- la date à laquelle vous n'êtes plus inscrit et ne fréquentez plus d'établissement éducatif participant au programme, ou- la date à laquelle vous rentrez dans votre pays d'origine sans avoir l'intention de revenir avant la fin de l'année contractuelle.

GARANTIE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT

Votre garantie Décès ou mutilation par accident vous protège en cas de décès accidentel, de perte ou de perte de l'usage d'un membre ou perte de la vue, de la parole ou de l'ouïe.

Accident à bord d'un transporteur public

Toute perte de vie ou de membres à cause d'une blessure subie durant un trajet en tant que passager payant d'un transporteur public. Le montant de prestation maximal est mentionné dans le Sommaire des garanties. Le montant payable est un pourcentage du montant de prestation maximal auquel vous êtes admissible à la date où vous subissez une blessure, selon le tableau des pertes ci-dessous.

Accident survenant en tout temps

Si la blessure provoque une des pertes énumérées ci-dessous dans les 365 jours qui suivent l'accident (autre qu'un accident à bord d'un transporteur public). Le montant de prestation maximal est mentionné dans le Sommaire des garanties. Le montant payable est un pourcentage du montant de prestation maximal auquel vous êtes admissible à la date où vous subissez une blessure, selon le tableau des pertes ci-dessous.

Perte	Pourcentage du montant couvert
de la vie	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
de la vue d'un oeil et d'une main	100 %
de la vue d'un oeil et d'un pied	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras et d'une jambe	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 $\frac{2}{3}$ %
de la vue d'un oeil	66 $\frac{2}{3}$ %
du pouce et de l'index d'une main	33 $\frac{1}{3}$ %
d'au moins quatre doigts d'une même main	33 $\frac{1}{3}$ %
de tous les orteils d'un même pied	12 $\frac{1}{2}$ %
Perte	
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	50 %
de l'ouïe d'une oreille	16 $\frac{2}{3}$ %
Paralysie	
quadriplégie	200 %
paraplégie	200 %
hémiplegie	200 %
Perte de l'usage	
des deux bras ou des deux jambes	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras et d'une jambe	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 $\frac{2}{3}$ %

GARANTIE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT

Disparition

Si le corps d'un adhérent n'est pas retrouvé dans les 365 jours qui suivent l'atterrissage, forcé, l'échouement, le naufrage ou la destruction du moyen de transport à bord duquel il voyageait au moment de sa disparition, il sera présumé que l'adhérent a perdu la vie.

Versement des indemnités

En cas de décès accidentel, la Compagnie verse le montant de votre couverture à votre bénéficiaire désigné pour votre protection Vie. En cas de mutilation, les indemnités vous sont versées.

La Compagnie se réserve le droit de demander un examen médical ou, en cas de décès, une autopsie.

Exclusions

- 1) Aucune indemnité n'est versée en vertu de la présente garantie si la perte résulte dans la participation d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été faite ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu.
- 2) Cette garantie ne s'applique pas si la perte subie résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :
 - a) suicide, tentative de suicide ou blessure que l'adhérent s'inflige ou contracte volontairement;
 - b) insurrection, guerre (déclarée ou non), ou hostilité des forces armées de tout pays, ainsi que la participation à une émeute ou à un affrontement public;
 - c) absorption de poison ou de drogue;
 - d) De plus, la présente garantie ne s'applique pas si vous conduisez un véhicule alors que votre alcoolémie excède la limite fixée par la loi qui s'applique dans la juridiction dans laquelle a lieu l'accident. Aux fins de la présente exclusion, véhicule désigne tout moyen de transport tiré, propulsé ou conduit par n'importe quel moyen et comprend entre autres l'automobile, le camion, la motocyclette, le cyclomoteur, la bicyclette, la motoneige et le bateau.
- 3) Si vous subissez plus d'une perte dans un même accident, la Compagnie verse la prestation pour une seule perte, soit celle qui donne droit au montant le plus élevé.

GARANTIE MÉDICAMENTS – AU CANADA SEULEMENT

Cette garantie couvre les frais d'urgence pour les médicaments admissibles tels que définis par la Compagnie. La garantie est sujette à la franchise (s'il y a lieu), à la coassurance et aux maximums mentionnés dans le Sommaire des garanties, à condition que les frais admissibles soient engagés au Canada.

La Compagnie peut faire, périodiquement, des ajouts, des suppressions ou des modifications à la liste des médicaments admissibles ou à toute liste mentionnée ci-après. Une autorisation préalable peut être requise pour certains médicaments afin d'assurer leur admissibilité au paiement, tel qu'indiqué par la Compagnie.

Les médicaments doivent être fournis par un fournisseur approuvé par la Compagnie et sont limités à une provision de 60 jours.

La Compagnie remboursera seulement le médicament interchangeable au coût le plus bas, lorsque prescrit par un médecin et fourni par un fournisseur approuvé.

Les frais admissibles sont réputés être engagés le jour où les soins sont rendus ou les produits fournis.

Franchise

La franchise est la partie des frais admissibles que vous devez payer avant que la Compagnie ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat, s'il y a lieu.

Frais admissibles

Le régime couvre les frais suivants, selon le pourcentage de remboursement indiqué au Sommaire des garanties.

Les frais pour les médicaments qui requièrent une ordonnance en vertu de la loi, qui sont approuvés par la Compagnie et prescrits par un médecin ou un dentiste sont admissibles. Seront aussi pris en considération, certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé lorsque la législation provinciale applicable permet à ce professionnel de prescrire ces médicaments.

Frais non remboursés par le régime

Les frais liés aux produits et aux médicaments suivants ne sont pas remboursés par le régime, sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties :

- les médicaments spécialisés onéreux,
- les produits qui ne sont pas approuvés par la Compagnie,
- les produits pour l'entretien des lentilles cornéennes,
- les protéines ou suppléments diététiques, les acides aminés, acides gras essentiels,
- les préparations alimentaires pour nourrissons,
- les produits de toilette, y compris les savons et les émoullients,
- les substances adoucissantes et protectrices pour la peau,
- les minéraux, vitamines,
- les produits homéopathiques/naturopathiques,
- les médicaments ou les formes de médicaments n'ayant pas d'indication thérapeutique,
- les plantes médicinales,
- les remèdes traditionnels,
- les probiotiques,
- médicaments pour le traitement du dysfonctionnement érectile,
- médicament habituellement administré à l'hôpital,
- les médicaments liés aux cures d'amaigrissement,
- tous les vaccins, sauf le vaccin contre la tuberculose, qui est admissible dans la Garantie assistance voyage dans le monde entier – Frais admissibles, Tuberculose – tests et vaccins.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

Cette garantie couvre les frais admissibles d'urgence engagés, sous réserve de la franchise (s'il y a lieu) et du pourcentage de remboursement et maximums indiqués au Sommaire des garanties, à condition que les frais admissibles soient engagés au Canada.

Franchise

La franchise, s'il y a lieu, est la partie des frais admissibles que vous devez payer pour vous ou vos personnes à charge avant que la Compagnie ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat. La franchise ne s'applique qu'une fois par année civile.

Les frais admissibles engagés au cours des trois derniers mois de l'année civile et qui n'ont pas été utilisés parce que la franchise pour l'année n'avait pas été atteinte peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

Frais admissibles

Les frais usuels et raisonnables couvrant des soins nécessaires du point de vue médical et préalablement recommandés par un médecin sont remboursés selon le pourcentage et le maximum indiqués au Sommaire des garanties. Un remboursement de frais ne sera considéré que si les services sont rendus par un fournisseur approuvé par la Compagnie.

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX

Services paramédicaux

Les services dispensés par un professionnel autorisé, y compris de ceux reçus dans un hôpital. Le maximum payable par professionnel admissible est spécifié au sommaire des garanties. Le maximum payable pour les frais de radiographies est également spécifié au sommaire des garanties. Sont également inclus les frais de radiographies, jusqu'à concurrence des frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante.

Soins dentaires requis en raison d'un accident

Les frais de soins dentaires requis lorsque des dents naturelles saines ont été endommagées par suite d'un coup direct accidentel à la bouche, ou qu'une mâchoire fracturée ou disloquée doit être remise en place.

Ces soins dentaires doivent être reçus et un plan de traitement satisfaisant doit être soumis à l'assureur dans les 48 heures suivant la date de l'accident.

Les soins doivent être administrés au Canada par un dentiste ou un chirurgien dentiste autorisé. Les frais admissibles sont basés sur les frais usuels et coutumiers, jusqu'à concurrence des montants prévus dans le guide des tarifs des dentistes généralistes applicable dans la province où les soins sont administrés, édition de l'année durant laquelle les frais ont été engagés.

Les soins dentaires ne peuvent être reportés et doivent être complétés et approuvés par la Compagnie dans les 90 jours suivant la date de l'accident.

Le montant maximal payable pour cette garantie est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Soins médicaux virtuels

Les frais pour les services de soins de santé virtuels dans le but de diagnostiquer ou de traiter des maladies ou des malaises mineurs non urgents qui, de l'avis du médecin, peuvent être traités légalement et de façon appropriée par un fournisseur approuvé lors d'une consultation virtuelle.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

Examen de la vue

Les frais engagés pour un examen de la vue auprès d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste autorisés, sous réserve du maximum spécifié au Sommaire des garanties.

Verres/montures/verres de contact

Les frais engagés pour des verres/montures, des verres de contact correcteurs ou des lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte, lorsque prescrits par un optométriste ou un ophtalmologue. Le montant maximal payable pour cette garantie est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Prothèses auditives

Le coût des appareils auditifs (excluant les piles et les examens), sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties, lorsqu'ils sont prescrits par un otorhinolaryngologiste, un otologiste, ou sur recommandation d'un audiologiste agréé.

Frais non remboursés par le régime

Les frais relatifs aux éléments suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- a) cures de repos, soins de convalescence, soins de garde, services de réadaptation données dans un établissement hospitalier pour malades chroniques ou une unité de soins d'un hôpital général pour malades chroniques, ou pour les frais engagés par un participant pour un traitement qui, de l'avis de la Compagnie, aurait dû être dispensé dans une unité de soins ou un établissement hospitalier pour malades chroniques,
- b) services facultatifs donnés à un participant à l'extérieur de sa province de résidence,
- c) services pour lesquels il n'y aurait eu aucuns frais si le participant n'avait pas été couvert en vertu du présent contrat,
- d) produits ou services habituellement offerts sans frais ou à un coût minime au participant en vertu d'une loi ou d'un règlement gouvernemental à la date d'entrée en vigueur du contrat,
- e) frais de livraison ou de déplacement, ou les deux, à destination ou en provenance d'un hôpital ou du bureau d'un professionnel de la santé,
- f) médicaments faisant l'objet de restrictions en vertu d'une loi fédérale ou provinciale qui sont prescrits ou donnés malgré ces règlements,
- g) frais d'admission ou les surcharges qu'impose un hôpital pour un non résident,
- h) soins rendus par un professionnel de la santé non autorisé,
- i) frais pour rendez-vous manqués ou pour faire remplir des formulaires,
- j) produits ou services de soins de santé de nature expérimentale ou pour fins de recherche,
- k) produits ou services de soins de santé qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ni d'une efficacité éprouvée,
- l) frais pour l'évaluation du plan de traitement, y compris les évaluations en physiothérapie mais sans s'y limiter. Les évaluations du plan de traitement seront exclues des services admissibles, sauf indication contraire précisée dans la présente,

L'ASSISTANCE D'URGENCE (INCLUANT PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER)

Cette garantie couvre les frais admissibles d'urgence engagés, sous réserve de la franchise (s'il y a lieu) et du pourcentage de remboursement et maximums indiqués au Sommaire des garanties.

Qui contacter en cas d'urgence?

Si vous avez besoin d'assistance médicale, composez tout d'abord le 911 (ou le numéro d'urgence local de l'endroit où vous séjournez). Les coordonnées d'urgence suivantes sont également au dos de votre carte :

Communiquez avec le service d'assistance en cas d'urgence 24 heures sur 24 pour toute urgence médicale :

- Du Canada et des États-Unis, appelez sans frais au 1-800-563-4444.
- De n'importe où dans le monde, appelez à frais virés au 1-506-854-2222.

Renseignements utiles...

Votre trousse inclura une carte d'identification sur laquelle figure votre numéro de police et le numéro d'urgence à composer. Si vous n'avez pas accès à votre carte ou ne trouvez pas le numéro de téléphone, communiquez avec le Service à la clientèle de Croix Bleue Medavie au 1-800-667-4511.

Frais admissibles

Le régime rembourse tous les frais usuels et coutumiers engagés suite à une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie. Les soins sont admissibles du moment qu'ils sont considérés comme nécessaires pour stabiliser la condition médicale.

Transport en ambulance

Les frais habituels pour un service d'ambulance terrestre ou aérienne ou de taxi autorisé, vers ou depuis l'établissement médical qualifié le plus proche, jusqu'aux montants maximum payables mentionnés dans le Sommaire des garanties.

Évacuation d'urgence

Le coût du transport immédiat de l'assuré jusqu'à l'établissement médical qualifié le plus proche. Cela inclut le coût du transport jusqu'au pays d'origine de l'assuré si la condition médicale requiert des traitements supplémentaires, ou afin d'assurer un bon rétablissement. Le montant maximal payable pour cette garantie est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Services de diagnostic

Le coût des services de laboratoire et de radiographie à des fins de diagnostic au moment de la situation d'urgence initiale, lorsque le médecin traitant l'exige.

Frais de maternité

Les frais liés aux soins prénataux, aux complications dues à la grossesse, à l'accouchement (incluant la césarienne) et aux soins du nouveau-né (incluant les frais de pouponnière à l'hôpital et de soins aux bébés bien portants) pour toute grossesse débutant durant la période de couverture ou dans les 30 jours précédant la date d'effet de la couverture. Les services sont couverts au Canada seulement, pendant une période maximale de six (6) mois suivant la naissance de l'enfant. Le montant maximal payable pour cette garantie est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Soins infirmiers

Soins infirmiers privés, incluant les soins dispensés par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé, lorsque le médecin l'exige (les frais doivent être usuels, raisonnables et coutumiers). L'infirmier ne doit pas avoir de lien de parenté avec le patient ni être un employé de l'hôpital. Le montant maximal payable pour cette garantie est mentionné dans le Sommaire des garanties.

L'ASSISTANCE D'URGENCE (INCLUANT PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER)

Frais admissibles (suite)

Occupation de l'hôpital

Les frais usuels, raisonnables et conformes d'un hôpital général public pour (a) l'hébergement en salle commune (b) la chambre semi-privée et (c) les services médicalement nécessaires donnés au patient durant l'hospitalisation ou en clinique externe.

Occupation de l'hôpital due à des troubles psychologiques, mentaux ou émotionnels

Les frais d'un hôpital général public pour (a) l'hébergement en salle commune (b) la chambre semi-privée et (c) les services médicalement nécessaires donnés au patient durant l'hospitalisation ou en clinique externe, jusqu'au montant maximal payable mentionné dans le Sommaire des garanties.

Consultation en santé sexuelle

Les frais de consultation liés à une maladie sexuellement transmissible, jusqu'au montant maximal payable mentionné dans le Sommaire des garanties. Inclut une consultation par rapport à la « pilule du lendemain ».

Rapatriement d'un assuré décédé

Jusqu'à 10 000 \$ canadiens pour les frais de préparation (incluant la crémation) et le transport d'un assuré décédé jusqu'à son pays d'origine (excluant le coût du cercueil) par la voie la plus directe.

Transport pour visiter le participant

Coût d'un billet aller-retour en classe économique par la voie la plus directe (avion, autobus, train) pour rendre visite au participant qui a été hospitalisé ou, s'il est décédé et que le médecin traitant recommande la présence d'un membre de la famille immédiate ou d'un ami très proche du participant. Le montant maximal payable pour cette garantie est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Repas et hébergement

Jusqu'à 1 500 \$ canadiens (150 \$ par jour) par voyage pour les frais supplémentaires d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, engagés par l'adhérent parce qu'il doit reporter son retour en raison d'une maladie contractée ou d'une blessure subie par un compagnon de voyage ou par l'adhérent lui-même. Une attestation du médecin traitant et des reçus de l'établissement commercial sont exigés.

Appareils médicaux/Équipement

Le coût d'un lit d'hôpital (incluant le matelas et les côtés de sûreté), des plâtres, béquilles, cannes, écharpes, attelles, bandages herniaires et appareils de soutien ainsi que la location temporaire d'un fauteuil roulant lorsque c'est nécessaire en raison d'un accident ou d'une maladie. Une ordonnance du médecin est aussi requise.

Consultation chez le médecin ou le psychiatre

Le coût d'une consultation chez un psychiatre autorisé et le coût de la première visite chez un médecin autorisé.

Examen médical complet

Un examen médical complet par un médecin autorisé par période de 12 mois consécutifs.

Médecins, chirurgiens et anesthésistes

Les frais usuels pour les services rendus par les médecins, chirurgiens et anesthésistes autorisés.

Tuberculose – tests et vaccins

Les frais pour les tests, la vaccination ou l'immunisation, jusqu'au montant maximal payable mentionné dans le Sommaire des garanties.

L'ASSISTANCE D'URGENCE (INCLUANT PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER)

Frais admissibles (suite)

Services de tutorat

Si l'adhérent est hospitalisé, il sera admissible aux services de tutorat. Les frais doivent être engagés dans les 365 jours suivant la date à laquelle la maladie a été contractée ou la blessure subie, et l'hospitalisation doit être continue durant une période minimale de plus de 30 jours. Le montant maximal payable pour cette garantie est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Assistance en cas d'urgence et pour le paiement

Un service d'aide 24 heures par jour est offert, au moyen d'une ligne téléphonique directe, aux participants qui ont besoin d'aide au cours d'un voyage. Si une urgence médicale survient, le participant peut appeler le Service d'assistance dont le numéro figure sur la carte qui lui a été remise. Le service prendra les dispositions nécessaires pour confirmer l'adhésion du participant au régime de protection auprès du médecin ou de l'établissement hospitalier. Le paiement des frais médicaux sera fait ou coordonné au nom du participant. De plus, les services ci-dessous seront offerts au participant :

Assistance médicale

Le participant peut demander une liste d'hôpitaux ou d'établissements hospitaliers. Le Service d'assistance prendra les dispositions pour que les services ci-dessous soient couverts :

- avis d'un médecin agréé;
- suivi médical de l'état du patient et communication avec l'adhérent et la famille;
- retour du patient à domicile ou transfert du patient lorsque sa condition médicale le permet;
- transport d'un membre de la famille au chevet du patient ou pour identifier la personne décédée.

Aide relative aux besoins non médicaux

Le patient peut demander :

- une réponse en situation d'urgence dans les principales langues;
- de l'aide en cas d'urgence pour communiquer avec la famille ou l'entreprise;
- le renvoi à un conseiller juridique.

L'ASSISTANCE D'URGENCE (INCLUANT PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER)

Exclusions et réductions relatives à la garantie Médico-hospitalière

Aucun participant n'a droit à des prestations dans les cas suivants :

1. Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente garantie aux personnes voyageant à l'extérieur de leur province de résidence principalement ou accessoirement pour consultation médicale ou traitement, et ce, même si le voyage est recommandé par un médecin.
2. Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente garantie pour un traitement facultatif non urgent ou une intervention chirurgicale facultative non urgente; à savoir un traitement ou une intervention chirurgicale a) qui n'est pas requis pour le soulagement immédiat d'une douleur aiguë et de souffrance; ou b) qui peut raisonnablement être reporté après le retour du participant au Canada; ou c) que le participant a choisi de recevoir ou de subir à l'extérieur du Canada par suite du traitement d'urgence ou du diagnostic d'un problème de santé qui (avec information médicale à l'appui) n'aurait pas empêché le participant de retourner au Canada pour y recevoir le traitement ou l'intervention chirurgicale.
3. Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente, si le participant reçoit des prestations pour la même raison d'une tierce partie.
4. Aucune prestation ne sera versée pour des frais engagés à la suite de l'usage abusif de médicaments, d'actes criminels ou de blessures causées lors de la conduite d'un véhicule moteur, alors que le taux d'alcool du participant est supérieur à la limite permise dans la juridiction où a lieu l'accident.
5. Aucune prestation ne sera versée pour des frais engagés en raison d'un suicide ou de blessures résultant d'une tentative de suicide, sauf en vertu des dispositions de la Garantie Occupation de l'hôpital due à des troubles psychologiques, mentaux ou émotionnels en vertu du la Frais admissibles ci-dessus.
6. La Compagnie, en consultation avec le médecin traitant, se réserve le droit de transférer le patient au Canada. Si un participant considéré apte au transfert, d'après l'information médicale à l'appui, choisit de ne pas retourner au Canada après que son état de santé, requérant des soins de suivi, ait été diagnostiqué et traité d'urgence, les frais occasionnés par les soins médicaux de suivi donnés, par le traitement ou par l'intervention chirurgicale pratiquée à l'extérieur de Canada ne sont pas admissibles à paiement en vertu du présent régime de protection. La Compagnie n'assume aucune responsabilité en cas de détérioration de la condition médicale de l'assuré pendant ou après son transfert à son pays d'origine.

L'ASSISTANCE D'URGENCE (INCLUANT PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER)

Exclusions et réductions relatives à la garantie Médico-hospitalière (suite)

7. Les prestations ne sont payables que pour des frais engagés par suite d'une maladie subite ou d'un accident survenant pendant un voyage à l'extérieur de la province de résidence du participant. Les conditions préexistantes seront couvertes en vertu de la garantie pourvu que l'état du participant demeure stable avant de réserver la date de départ et qu'aucun soin médical ne soit prévu pendant la période du voyage.

Un problème de santé préexistant est considéré comme stable si, au cours des 90 jours précédant la date de départ (ou dans les 90 jours précédant la date de réservation dans le cas de la Garantie Annulation et interruption de voyage), vous n'avez pas:

- a) été traité ou évalué pour de nouveaux symptômes qui sont reliés à cette condition;
- b) éprouvé de symptômes qui ont augmenté en fréquence ou en sévérité, ou des résultats d'examens indiquant la détérioration de la condition;
- c) reçu de prescription pour un nouveau traitement ou un changement de traitement relativement à cette condition (généralement, une réduction de la médication en raison de l'amélioration de la condition ou un changement régulier dans la médication dans le cadre d'un plan de traitement établi ne sont pas considérés comme étant un changement de traitement;
- d) été admis ou traité dans un hôpital en raison de cette condition; ou
- e) été en attente de nouveaux traitements ou de tests concernant cette condition (autres que des tests de routine).

Les critères ci-dessus sont considérés globalement par rapport à la condition médicale dans son ensemble.

8. La présente exclut les pertes, dommages, coûts ou frais de quelque que nature que ce soit, découlant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes ou associés à celles-ci, peu importe toute autre cause ou tout autre incident contribuant au même moment ou dans toute autre séquence à la perte en question :
- a) un événement dans le pays ou la région constituant la destination qui amène le gouvernement du Canada à émettre un avis aux voyageurs recommandant à ses citoyens d'éviter les voyages dans ce pays ou cette région si l'avis aux voyageurs s'applique pour une période de temps qui inclut le voyage prévu et est émis après la date à laquelle un dépôt non remboursable pour le voyage a été fait ou un billet a été acheté;
 - b) une insurrection, une guerre (déclarée ou non), une hostilité des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un affrontement public.
9. La protection est limitée aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime. Si un assuré est couvert en vertu d'une autre protection voyage pour une perte couverte par le présent contrat, la Compagnie sera tenue responsable seulement pour la partie en excédent des montants recouvrables ou recouverts d'une autre protection voyage. Lorsqu'un tribunal décrète que le présent régime et tout autre régime sont les premiers payeurs, le paiement des prestations sera coordonné avec tout autre régime, conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP).
10. Toutes les demandes de règlement et tous les formulaires gouvernementaux requis doivent être soumis dans les quatre (4) mois suivant la date de service.

Restrictions pour la durée des voyages

Les frais usuels et raisonnables décrits dans la garantie Médico-hospitalière sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie soudaine et inattendue, survenant dans 30 jours d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence du participant.

GARANTIE SOINS DENTAIRES – AU CANADA SEULEMENT

Cette garantie couvre les frais admissibles que vous engagez pour des soins dentaires d'urgence recommandés par un médecin généraliste ou un chirurgien-dentiste.

Les frais sont sujets à la franchise (s'il y a lieu), aux pourcentages de remboursement et aux maximums mentionnés dans le Sommaire des garanties, à condition que les frais admissibles soient engagés au Canada.

Calcul des frais admissibles

Le montant admissible pour un service couvert est celui indiqué dans le Guide des tarifs suggérés des actes bucco-dentaires approuvé par votre province de résidence (éditions de l'année courante).

Franchise

La franchise, s'il y a lieu, est la partie des frais admissibles que vous devez payer pour vous ou vos personnes à charge avant que la Compagnie ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat. La franchise ne s'applique qu'une fois par année civile.

Les frais admissibles engagés au cours des trois derniers mois de l'année civile et qui n'ont pas été utilisés parce que la franchise pour l'année n'avait pas été atteinte peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

Frais admissibles

Après le paiement de la franchise (s'il y a lieu), le régime rembourse les frais suivants, selon le pourcentage et jusqu'au maximum indiqués au Sommaire des garanties :

Soins d'urgence

- a) Examens buccaux et diagnostic
 - Examen buccal d'urgence
 - Examen limité ou d'un aspect particulier
 - Examen chirurgical spécifique
 - Examen chirurgical complet
- b) Radiographies
 - Radiographies périapicales
 - Radiographies panoramiques
- c) Traitement d'urgence pour soulager la douleur
 - Caries, blessures traumatiques, contrôle de la douleur
 - Coiffage de pulpe
 - Contrôle de l'hémorragie
 - Prescriptions d'urgence
 - Traitement d'un abcès parodontal ou d'une péri coronarite
- d) Chirurgie buccale
 - Extraction des dents de sagesse incluses, jusqu'au montant maximal payable mentionné dans le Sommaire des garanties

GARANTIE SOINS DENTAIRES – AU CANADA SEULEMENT

Frais qui ne sont pas remboursés par le régime

Les frais suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- a) tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire, sauf si spécifié au sommaire des garanties;
- b) services rendus par un hygiéniste dentaire mais qui ne sont pas administrés sous la supervision d'un dentiste, sauf si, dans une province donnée, une telle supervision n'est plus légalement requise;
- c) services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
- d) tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental ou privé ou qui habituellement l'auraient été si une demande avait été soumise;
- e) tous frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail ou de toute société de l'assurance automobile, ou de toute loi ou régime semblables, le cas échéant;
- f) les soins qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;
- g) les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut de couverture ou ceux qui ne sont pas à la charge du participant;
- h) les soins ou services reliés aux facettes;
- i) le jumelage pour des raisons de parodontie, lorsqu'on utilise à cette fin des couronnes ou des incrustations, avec ou sans recouvrement de cuspides.

Restriction

Aucun remboursement n'est effectué relativement à toute partie des frais qui excèdent les frais suggérés dans le guide des tarifs approprié pour le traitement le moins coûteux qui donne un résultat adéquat du point de vue professionnel.

Le remboursement des frais de laboratoire se limite aux frais de laboratoire usuels et raisonnables de la localité où les services sont rendus.

Traitements de rechange

Lorsqu'un traitement de rechange existe, la Compagnie, en consultation avec ses conseillers en soins de santé, se réserve le droit d'effectuer le paiement pour les services ou produits admissibles de rechange à un coût moindre, lorsque le service ou produit s'avère approprié et conforme à la bonne gestion en soins de santé.

EXCLUSIONS ET LIMITES GÉNÉRALES

Ce régime ne couvre ni ne rembourse aucune perte résultant totalement ou en partie de, ou découlant de, ou qui est une conséquence naturelle et probable de chacun des risques énumérés ci-dessous :

- les frais engagés en raison d'une condition qui n'est pas stable selon la Compagnie;
- blessures reçues alors que l'adhérent participe à des manœuvres ou des exercices d'entraînement des forces armées, de la Garde nationale ou du corps de réserve organisé de tout pays ou de toute instance internationale;
- grossesse, fausse couche, interruption volontaire de grossesse, accouchement ou complications associées, exception faite des dispositions prévues en vertu du présent régime;
- chirurgie dentaire or esthétique (à moins que la chirurgie résulte d'une blessure couverte), exception faite des dispositions prévues en vertu du présent régime;
- demandes de règlement liées ou résultant de la consommation d'alcool, de drogues ou de toute autre substance intoxicante (sauf si administré sur les conseils d'un médecin autorisé et qualifié, en suivant strictement les directives de celui-ci);
- troubles émotionnels ou mentaux et tout médicament prescrit pour traiter ces troubles, exception faite des dispositions prévues en vertu du présent régime;
- maladie ou blessure résultant de la participation à des sports professionnels;
- traitements ou services qui sont en contradiction avec les programmes de santé gouvernementaux;
- suicide ou blessures résultant d'une tentative de suicide, sauf si mention contraire dans la Garantie Occupation de l'hôpital due à des troubles psychologiques, mentaux ou émotionnels, comme énoncé à L'assistance d'urgence (incluant protection-voyage dans le monde entier) – Frais admissibles;
- blessure que l'adhérent s'inflige volontairement, ou tentative de s'infliger volontairement une blessure;
- acte de guerre déclarée ou non déclarée, guerre civile, rébellion, révolution, insurrection, pouvoir militaire ou usurpé, confiscation, nationalisation ou réquisition par ou sous les ordres de tout gouvernement ou de toute autorité locale;
- services ou provisions fournis par un adhérent, un membre de la famille immédiate de l'adhérent, un parent d'accueil, ou un membre de la famille immédiate du parent d'accueil;
- toute maladie ou blessure qui, au moment du départ de l'adhérent de son pays d'origine, requiert logiquement des soins médicaux, une intervention chirurgicale ou une hospitalisation;
- tout service ou traitement, toute intervention chirurgicale ou hospitalisation non requis pour le soulagement immédiat de la douleur aiguë ou qui ne sont pas médicalement nécessaires;
- tout traitement ou toute intervention chirurgicale qui pourrait raisonnablement être reporté jusqu'au retour de l'adhérent dans son pays d'origine;
- traitements médicaux anticipés, requis sur une base régulière ou pour la stabilisation continue d'une condition médicale connue de l'adhérent avant son arrivée au Canada;

EXCLUSIONS ET LIMITES GÉNÉRALES

- la part restante (s'il y a lieu) de tous frais de traitement, de conseil ou d'hospitalisation qui ne sont pas raisonnables et coutumiers;
- traitements ou services donnés dans le pays d'origine de l'adhérent après son retour dans son pays d'origine, ou son évacuation vers celui-ci;
- La Compagnie, en accord avec le médecin traitant, se réserve le droit de rapatrier le patient vers son pays d'origine. Si un adhérent est (selon la preuve médicale) capable de retourner dans son pays d'origine suite au diagnostic ou au traitement d'urgence d'une condition médicale qui requiert de l'assistance médicale, des traitements ou des interventions chirurgicales en continu, et que l'assuré choisit de recevoir ces traitements, ces services ou ces interventions chirurgicales hors de son pays d'origine, les frais liés à ces services médicaux, ces traitements ou ces interventions chirurgicales continus ne seront pas couverts en vertu de ce régime;
- Si l'adhérent refuse d'être transféré ou de retourner dans son pays d'origine alors qu'il est déclaré apte à voyager par le directeur médical, tous frais continus liés à cette maladie ou blessure ne seront pas couverts;
- les médicaments en vente libre, les médicaments de fertilité, les contraceptifs, les préparations à base de vitamines, les médicaments pour traiter l'acné, les remèdes contre la calvitie, les produits à base de résine de nicotine, les suppléments diététiques ou les produits pour la perte de poids;
- la chirurgie plastique ou esthétique, sauf si cela résulte d'une blessure couverte;
- les transplantations d'organes;
- toute maladie, blessure ou condition médicale pour laquelle un diagnostic n'était pas nécessaire, et par rapport à laquelle la couverture est souscrite ou la consultation effectuée en vue d'obtenir des soins médicaux ou hospitaliers, peu importe si cette consultation est effectuée sur les conseils d'un médecin ou d'un chirurgien ou non;
- toute blessure résultant de la pratique d'un sport amateur (à moins que ce soit sanctionné par l'établissement éducatif participant fréquenté par l'adhérent), d'un sport professionnel, de l'alpinisme, de l'aviation, sauf en tant que passager payant à bord d'un avion de ligne, du deltaplane, du parachutisme, du saut à l'élastique, du ski ou de la planche à neige, sauf dans un but récréatif sur des pistes de ski supervisées et balisées, de la course d'engins motorisés (à l'exception du karting récréatif) ou d'animaux, de la spéléologie, de la plongée sous-marine, sauf si certifié PADI/NAUI ou accompagné par un moniteur certifié, à moins de 10 mètres de profondeur, de la motomarine, ou de toute autre activité sportive ou d'aventure à haut risque, comparable aux activités décrites dans cette section;
- blessures donnant lieu à des demandes de règlement, et causées par le fait de manipuler, ou de monter en tant que passager sur un vélo, un scooter ou une mobylette, quelle que soit la loi provinciale applicable à la manipulation de ces véhicules;
- toute maladie, blessure ou condition médicale provoquées par la perpétration d'un acte illégal ou la tentative de perpétrer un acte illégal;
- tout médicament lié à des troubles mentaux, émotionnels ou psychologiques, exception faite des dispositions prévues en vertu du présent régime;
- toute consultation ou traitement liés au Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou pour des conditions ou des diagnostics similaires.

EXCLUSIONS ET LIMITES GÉNÉRALES

Les exclusions supplémentaires suivantes sont également applicables à l'Assurance Décès et mutilation accidentels :

- maladie ou handicap physique, que la perte ou la demande de prestation en résulte directement ou indirectement;
- incapacité mentale, que la perte ou la demande de prestation en résulte directement ou indirectement;
- contractés pendant que l'adhérent reçoit un traitement médical ou chirurgical suite à une maladie ou un handicap physique ou mental;
- accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, crise cardiaque, thrombose coronaire, rupture d'anévrisme;
- trajet ou vol dans ou sur tout véhicule utilisé pour le transport aérien (y compris le fait d'y pénétrer ou d'en sortir, de monter dessus ou d'en descendre), si l'adhérent :
 - a) monte en tant que passager à bord d'un aéronef qui n'est ni destiné ni autorisé à transporter des passagers; ou
 - b) exerce, apprend à exercer ou enseigne le métier de pilote ou de membre de l'équipage d'un aéronef.
- tout type d'infection, peu importe la manière dont cela a été contracté, à l'exception des infections bactériennes directement causées par le botulisme, l'intoxication alimentaire, une coupure ou une plaie accidentelle, non liée à une maladie sous-jacente, et en l'absence de toute maladie ou condition sous-jacente, incluant, entre autres, le diabète;
- acte, tentative ou omission par l'adhérent ou avec le consentement de l'adhérent, en vue d'interrompre le flux sanguin vers le cerveau de l'adhérent ou de provoquer l'asphyxie de l'adhérent, dans le but de causer du tort ou non; et
- causes naturelles.

enÉQUILIBRE^{MD} - PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS ET LEUR FAMILLE

enÉquilibre^{MD} est un programme gratuit et confidentiel offrant des services-conseil et des services de soutien en personne, par téléphone et en ligne pour résoudre tout problème personnel ou émotionnel rencontré par l'étudiant ou la famille d'accueil durant la période d'accueil.

Le programme enÉquilibre offre des services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Pour tout renseignement supplémentaire ou pour accéder à enÉquilibre, composez le 1-877-418-2181 ou ouvrez une session sur le site www.myinconfidence.ca (code d'utilisateur : NBFISP, mot de passe : enequilibre). Un service de traduction en temps réel, en 140 langues, est disponible sur la ligne téléphonique gratuite.